

## Objectif de l'examen

Suite à votre mammographie ou échographie, une **microbiopsie guidée sous contrôle échographique** vous est proposée afin d'analyser avec précision une anomalie détectée. Cette procédure permet de poser un **diagnostic histologique**.

L'examen ne sera réalisé **qu'avec votre consentement**, vous êtes libre d'accepter ou de refuser.

## Déroulement de l'examen

- **Technique** : Prélèvement de petits fragments de tissu au moyen d'une aiguille automatique, sous contrôle échographique.
- **Position** : Allongée, dans la position la plus confortable possible.
- **Préparation** : Aucune préparation spécifique. Vous pouvez manger avant l'examen.
- **Durée** : Environ 15 minutes.
- **Anesthésie** : Locale, administrée par injection après désinfection de la peau.
- **Nombre de prélèvements** : Généralement 2 à 4.

**Remarque** : L'immobilité est essentielle pendant le geste pour garantir la précision.

## Avant l'examen

Évitez, si possible, la prise d'aspirine dans les jours précédant la ponction, afin de réduire le risque d'hématome.

## Après l'examen

- **Une compression** en cas d'hématome peut être utilisé
- Mise en place d'un **pansement simple** à retirer après quelques heures.
- Surveillance continue par l'équipe soignante durant tout l'acte.
- En cas de traitement anticoagulant ou antiagrégant, des mesures spécifiques seront prises.

## Risques et effets secondaires

- **Ecchymoses ou hématomes** : Possibles, mais sans gravité dans la majorité des cas.
- **Infections** : Exceptionnelles.
- **Douleur** : Rare, essentiellement au moment de l'anesthésie.

## Recommandations importantes

- **Signalez** toute allergie (Xylocaïne, latex, etc.).
- **Informez** l'équipe de toute prise de médicament fluidifiant le sang (Aspirine, Prévistan, etc.).
- **Évitez** les efforts physiques et le port de charges lourdes pendant 24 heures.

En cas de douleur après l'examen :

- Utilisez du **paracétamol** (évitez l'aspirine).
- L'application de **glace** peut soulager la gêne.

## Résultats

- Les échantillons sont analysés par un médecin anatomopathologiste
- Le radiologue vous verra en consultation quelques jours après le prélèvement pour vous examiner, vous expliquer le résultat de l'analyse et la conduite à tenir.
- L'ensemble de votre dossier contenant un courrier explicatif vous sera remis à l'issue de la consultation de résultat.
- Les résultats de l'analyse et le courrier sont également transmis à votre médecin traitant, et ou au spécialiste qui a prescrit l'examen, sur leur boîte sécurisée.

## Documents à apporter le jour de l'examen

- Liste de vos médicaments en cours.
- Anciens clichés de mammographie et d'échographie.
- Médicaments prescrits par le radiologue.
- Consentement signé.
- Questionnaire médical complété.

**NOM DE NAISSANCE :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

Pour le bon déroulement de l'examen, merci de **répondre obligatoirement à ce questionnaire et de le rapporter le jour de votre examen.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Êtes-vous allergique à certains médicaments, pommades, matières (latex), ou êtes-vous asthmatique ?                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                     |
| Avez-vous une maladie du sang ou des saignements fréquents ou prolongés (du nez par exemple ?)                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                     |
| <b>Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang :</b><br>Antiagrégants (Aspegic®, Kardegic®, Aspirine®, Plavix®, Brilique®, Efient®)<br>Héparine (HBPM) (Calciparine®, Fraxiparine®, Innohep®, Lovenox®)<br>Antithrombines (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®)<br>Antivitamines K (Previscan®, Sintrom®, Coumadine®) | <input type="checkbox"/> Oui<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Oui<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Oui<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Non<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Non<br><br><br><br><input type="checkbox"/> Non |
| <b>Certains médicaments doivent être arrêtés momentanément avec l'accord de votre médecin.</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |
| Êtes-vous atteint d'une des maladies suivantes VIH, Hépatite B ou C ou toute autre maladie transmissible par le sang ?                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                     |

D'une manière générale, **n'hésitez pas à nous fournir tout renseignement important sur votre santé** (maladie, ...) :

.....

.....

.....

.....

**Ce questionnaire est conçu pour recueillir les informations nécessaires et assurer la sécurité du patient lors de l'examen.**

Je soussigné(e), (nom de naissance et prénom du patient) .....  
 ou son représentant légal, (nom/prénom), .....  
 certifie avoir pris connaissance des recommandations concernant **la microbiopsie sous repérage échographique**  
 et être consentant(e) à sa réalisation.

Je confirme que le déroulement de la procédure, ses suites, son but et ses risques m'ont été expliqués clairement et de façon compréhensible. Avant la procédure, j'ai pu poser toutes les questions et j'ai reçu toutes les réponses que je souhaitais. J'ai également bénéficié du temps nécessaire pour donner mon consentement quant à cette procédure.

**Date :**

**Signature :**